Rok XXXIII. Kraków 7. Kwietnia 1894 r. Nr. 14.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefon Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Ile jelita cienkiego można resekować? [1])

Podał

Docent Dr. Rudolf Trzebicky.

Kwestya, jak wielkie kawałki jelita cienkiego wolno resekować bez narażenia chemizmu i mechanizmu trawienia na trwały szwank, do dziś dnia jeszcze nie jest załatwioną, prawdopodobnie dlatego, że resekcya dużych kawałków jelita, których długość przekracza metr, w ogóle należy do wydarzeń bardzo rzadkich.

Przeglądając literaturę, znajdujemy tylko przypadki Bauma[2]), Billrotha[3]), Brunsa[4]), Hahna[5]), dwa przypadki Kochera[6]), Koeberlego[7]), Kosińskiego[8]) i Schlangego[9]), w których wycięto kawałki jelita długie na metr i więcej. Najdłuższym był kawał resekowany przez Kochera, wymiar długości jego bowiem wynosił 2 metry i 8 cm. Z pomiędzy tych przypadków pacyenci operowani przez Hahna, Kochera, Koeberlego i Schlangego wyzdrowieli, gdy operacye Billrotha, Brunsa i Kosińskiego rychło zakończyły się śmiercią. Najwięcej rozgłosu nabrał przypadek Bauma tyczący się kobiety 40-letniej, u której po herniotomii wytworzył się odbyt nieprawidłowy z wszelkiemi przykremi następstwami tej choroby, t. j. znacznem wyniszczeniem, przetokami ropnemi i ograniczonem zapaleniem otrzewny w sąsiedztwie nieprawidłowej rzyci. Gdy chora po 4-miesięcznem trwaniu tego stanu wychudła w sposób zatrważający, przystąpiono do operacyjnego wyleczenia, co się jedynie dało uskutecznić przez resekcyę 137 cm. jelita cienkiego.

Jakkolwiek przebieg pooperacyjny był idealny, przecież stan ogólny chorej nietylko że się nie poprawił, ale osłabienie i wyniszczenie robiły coraz większe postępy tak, że chora w 4 miesiące po drugiej operacyi zginęła wśród objawów zupełnej inanicyi. Oględziny pośmiertne wykazały jedynie tylko w narządach wewnętrznych mierny zanik nerek.

Przypadek ten powszechnie uchodzi za przestrogę przeciw zbyt rozległym resekcyom jelita. O ile słusznie, nie chcę rozstrzygać. Nie należy jednak zapominać, że dokonano tu operacyi na kobiecie już i tak wyniszczonej „w sposób zatrważający“.

W każdym razie wynik tej operacyi musiał zawsze przestrzegać chirurgów, by nie kusili się zbyt lekkomyślnie o resekcyę bardzo długich kawałków jelita, gdyż, jak zresztą z góry już można przewidzieć, zmniejszenie powierzchni trawiącej i chłonnej jelita da się znieść tylko do pewnych granic. Wprawdzie w przypadkach Kochera i Koeberlego chorzy i po wycięciu dłuższych jeszcze odcinków jelita (160, 205, 208 cm.) wyzdrowieli i nie okazywali później żadnych zboczeń w trawieniu i odżywianiu, ale mimo tego nawet tylko jeden rzeczywisty przypadek niekorzystny, w którymby śmierć była następstwem wycięcia zbyt długiego kawałka jelita, powinien wystarczyć, by resekcyę zbyt długich odcinków jelita uważać wręcz za niedozwoloną.

Stanowcze załatwienie tej sprawy czyli odpowiedź na pytanie, ile jelita w ogóle wolno resekować bez narażenia na szwank życia chorego, od tego czasu dopiero stało się pożądanem, odkąd chirurgowie poważni, przemawiając za pierwotną resekcyą jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli, poczęli zwracać na to uwagę, że do udania się szwu jest warunkiem nieodzownym, by go zakładano na jelicie zupełnie prawidłowem.

Trzymając się tej zasady, należało w podobnych razach, zwłaszcza z jelita doprowadzającego, wycinać częstokroć znaczne obszary, by dojść do miejsca, w którem na jego

[1]) Artykuł niniejszy jest krótkiem streszczeniem pracy większej, która znajduje się w druku.
[2]) Fortschritte der Medizin 1884. T. II. Nr. 24.
[3]) Wölfler. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XII. Kongress.
[4]) E. Müller. Beiträge zur klin. Chirurgie. T. II. str. 495.
[5]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1887. str. 446.
[6]) Corresp. Blatt für Schw. Aerzte 1886. Nr. 5. i według doniesienia listownego.
[7]) Ref. w Centralblatt für Chirurgie 1881. str. 249.
[8]) 31 resekcyi kiszek. Medycyna 1893.
[9]) Berliner klin. Wochenschrift. 1892. str. 1183.

ścianach nie znać już było zmian patologicznych. Wprawdzie to zapatrywanie się doznało pewnego ograniczenia przez twierdzenie Mikulicza[1]), że gdybyśmy się chcieli trzymać ściśle tej zasady, częstokroć wypadałoby poświęcić jelito aż do początku kiszki czczej, gdyż pewne, lżejsze zmiany w krążeniu w razie uwięźnienia przepukliny aż tam sięgają. Zdaniem jego wystarcza zupełnie do udania się szwu, by jelito do tyla było odżywione, żeby się nie darło przy zakładaniu szwów. W ostatnich czasach mogłem kilkakrotnie potwierdzić słuszność tego zapatrywania się. Choć jednakże przyznać musimy, że trzymając się tego zdania możemy do pewnego stopnia skrócić rozmiary odcinka jelita przeznaczonego do resekcyi, to jednakże pamiętać należy, że ocenienie, czy jelito do szwu nadaje się jeszcze czy nie, wymaga częstokroć już wytrawnego sądu, opartego na rozległem, własnem doświadczeniu. Dlatego też chirurg mniej może doświadczony woli poświęcić w przypadkach wątpliwych trochę za dużo jelita, aniżeli narazić pacyenta na nieprzyjemne i niebezpieczne następstwa zawodu ze strony szwu jelitowego. Przed wykonaniem jednak podobnej rozległej resekcyi sumienie każe rozstrzygnąć stanowczo, czy nie wypadnie przypadkowo pacyentowi okupić chwilowego wyniku pomyślnego nieuleczalnem charłactwem, wiodącem po czasie krótszym lub dłuższym do śmierci z wyniszczenia.

Nie znajdując w przypadkach znanych dotychczas w literaturze ostatecznego załatwienia tej sprawy, wypadało się pokusić o rozwiązanie zagadnienia drogą doświadczenia na zwierzęciu żywem, z tem jednakże zastrzeżeniem, że wyników uzyskanych drogą eksperymentu wprost żywcem na człowieka przenosić nie wolno, choćby już dlatego samego, że eksperyment tyczy się zwierzęcia zdrowego a operacyę robimy prawie zawsze dla ratowania życia chorobą już i tak nadwątlonego. Gdy dotychczas, o ile mi wiadomo, jeden tylko Senn[2]) z okazyi swych pięknych doświadczeń z zakresu chirurgii przewodu pokarmowego zajął się mimochodem sprawą o granicach dopuszczalności resekcyi jelita, postanowiłem sprawę tę dokładniej zbadać i odpowiedzieć przedewszystkiem na pytanie, ile jelita cienkiego a zwłaszcza jelita czczego i biodrowego zwierzęciu można wyciąć bez narażenia jego zdrowia i życia. W tym celu wykonałem szereg doświadczeń na psach, resekując tymże po 25, 50, 75, 100, 150 i 200 cm. jelita cienkiego. Żeby zarazem, ile możności, przekonać się, o ile rozmaite odcinki jelita rozmaicie się zachowują pod względem następstw ich resekcyi, wycinałem w jednej seryi kawałki z samego początku jelita czczego, w drugiej mniej więcej ze środka pomiędzy początkiem jelita czczego a zastawką Bauhiniego, w trzeciej zaś resekowałem sam koniec jelita biodrowego. Po wycięciu jelita zakładam szew jelitowy Czernego, albo też w niektórych przypadkach według metody opisanej przez H. Brauna[3]). Przez pierwszy tydzień zwierzęta pozostawały na ścisłej dyecie a oprócz tego celem zwolnienia ruchu robaczkowego podawano im po 15—25 kropli nastoju makowcowego. Po ośmiu dniach otrzymywały psy strawę mięszaną. Zwierzęta operowane ważono codziennie a po upływie pewnego czasu rozdawano je osobom prywatnym, żeby ich nie pozbawiać światła, ruchu i świeżego powietrza, co na ogólne odżywienie wywierało wpływ bardzo wybitny. Na zwłokach zwierząt, które uległy następstwom operacyi, wykonywano dokładną sekcyę anatomiczno-patologiczną.

Z zestawienia rezultatów tych doświadczeń wynika, że resekcya jelita pociąga zawsze za sobą utratę na wadze zwierząt, która tylko w przypadkach wycięcia bardzo małych odcinków pozostaje w granicach wywołanych ośmiodniowym postem pooperacyjnym, gdy w przeważnej liczbie przypadków ubytek ten jest znacznie większy od ubytku przez ów post wywołanego. W przeważnej liczbie przypadków wielkość ubytku ciężaru ciała zostaje w prostym stosunku do długości resekowanego jelita a względnie do stósunku pomiędzy nim a częścią jelita jeszcze pozostawioną. Jeżeli rozmiary wyciętego jelita nie przekraczają pewnych granic, które zaraz podamy, wówczas po niejakim czasie ciężar ciała zaczyna się znów podnosić i dosięga pierwotnej wagi, lub nawet przekracza ją przy należytej pieczy i odżywieniu. Czas, w którym zwierzę odzyskuje swą pierwotną wagę, jest bardzo rozmaity i nie zawsze zależy od długości resekowanego jelita a względnie od wielkości utraty ciężaru ciała, co wobec rozmaitej odporności różnych ras psów i rozmaitego wieku, wielkości i chęci do jadła różnych zwierząt wcale dziwić nie może.

Co do granic, poza któremi resekcya jelit staje się niebezpieczną dla ogólnego odżywienia, pouczyły nas doświadczenia, że wycięcie połowy jelita cienkiego (nie wliczając dwunastnicy) zwierzęta znoszą jeszcze wcale dobrze. Dopiero gdy długość wyciętego kawałka ową granicę przekracza, operacya staje się niebezpieczną, choć i tu niekiedy przy należytem odżywianiu zwierzęcia można jeszcze utrzymać je przy życiu. Wycięcie $^2/_3$ części jelita czczego i biodrowego lub jeszcze więcej jest operacyą wprost zabójczą. Sprowadza uporczywą biegunkę, w której większa część pokarmów odchodzi niestrawiona. Zwierzęta chudną mimo, że okazują kolosalne łaknienie, i giną wreszcie wśród objawów ogromnego wyniszczenia. Sekcya w tych razach wykazuje zanik zupełny tłuszczu w ustroju i rozszerzenie pozostałego jeszcze odcinka jelit, zwłaszcza w części położonej powyżej miejsca zeszycia. W jednakich zresztą okolicznościach następstwa wycięcia jelita na początku jelita czczego bywają daleko donioślejsze, aniżeli w razie wycięcia kiszki położonej bliżej zastawki Bauhiniego.

Pytając się wreszcie o wynik praktyczny niniejszej pracy, czyli, ile wolno wyciąć jelita cienkiego u człowieka, musimy odpowiedzieć, że wobec tego, że długość jelita czczego i biodrowego razem u człowieka waha się między 561 cm. a 870 cm., w każdym razie, jeżeli tylko nie zachodzą jakieś powikłania, resekcyę połowy t. j. conajmniej 280 cm. musimy uważać za zabieg dozwolony.

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 10—13.
[2]) Experimentelle Beiträge zur Darmchirurgie. Basel 1892.
[3]) Archiv für klin. Chirurgie. T. 45. str. 350.

II. Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stósowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych.

Według wykładu wygłoszonego w krakowskiem Tow. lekarskiem dnia 7. Lutego 1894.

Podał

Dr. Rościszewski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Co się tyczy drugiej grupy, t. j. przypadków gruźlicy z ranami otwartemi, to te nastręczyły mi ciekawe spostrzeżenia pod dwojakim względem. Najpierw spostrzegłem, że rany podczas leczenia kąpielowego goiły się rychlej niż zwykle, po drugie z powodu spostrzeganych zmian w ranach samych, które mnie zmusiły do zaprowadzenia pewnych zmian w zakładaniu opatrunków. Podczas opatrywania ran przekonałem się, że rany w chwili przybycia chorych do Iwonicza czyste, pokryte żywą czerwoną ziarniną, przybierały już w 24 godzin po pierwszej kąpieli wejrzenie słoninowate; ziarnina bladła, bujała zbyt mocno i pokrywała się szarym nalotem. Nalot ten przylegał tak mocno, że trudno go było zeskrobać. Sądziłem, że przyczyną tego było zanieczyszczenie rany przez kąpiel; ponieważ zaś opatrunek robiono czasem dopiero w godzinę lub dwie po kąpieli, przeto chcąc tego uniknąć poleciłem chorym bezpośrednio po wyjściu z kąpieli przychodzić do opatrzenia; przekonałem się jednak w krótce, że to nie pomagało. Wówczas sądziłem, że używając do opatrunku 5% kw. karbolowego zanadto rany drażnię; zacząłem więc używać 3% kw. karbolowego, potem sublimatu 1:1000, kwasu salicylowego 3:1000, wszystkiego napróżno; mimo powyższych sposobów, rany zachowywały wyżej opisane, niedobre wejrzenie.

Stan ten zachowania się ran naprowadził mię na myśl, że wpływ wody kąpielowej na ranę jest niedobry i szukałem sposobu, aby rany uchronić od bezpośredniego jej wpływu. Postanowiłem przeto wytworzyć na ranie sztuczną powłokę, którąby szczelnie przylegając czyniła zadość memu życzeniu. W tym celu przyżegałem rany kamieniem piekielnym dokładnie a to tem snadniej, że z doświadczenia wiemy, iż przyżeganie takie ran podobnych niejednokrotnie dobre daje wyniki.

Wyniki tego postępowania były świetne i wyznać muszę, przeszły moje oczekiwania, albowiem najgorzej wyglądające rany już po upływie dwóch dni odzyskiwały pierwotne zdrowe wejrzenie a nawet te, które objąłem w stanie zaniedbanym, po 2—3 dniach nabierały wejrzenia ran zdrowych, żywą czerwoną ziarniną pokrytych. Zachęcony tem nie czekałem w następnych przypadkach, aż rany zaczną źle wyglądać, lecz w celu zapobieżenia nadmiernemu bujaniu, zblednięciu ziarniny i wystąpieniu na niej słoninowatego nalotu postanowiłem zaraz z rozpoczęciem leczenia kąpielowego jak najdokładniej pomazywać kamieniem piekielnym nawet rany zdrowe i czyste.

Wyniki tego postępowania zadowolniły mię zupełnie, gdyż przekonałem się, że rany tak od początku kamieniem piekielnym pomazywane mimo codziennych kąpieli nie zmieniały dobrego wejrzenia. Nie potrzebuję dodawać, że prócz pomazywania laseczką kamienia piekielnego zakładałem zawsze opatrunek jodoformowy.

Rany w ten sposób leczone goiły się rychlej, niż zwykle; i tak n. p. zgłosiła się do mnie matka z dzieckiem 9-letniem. U dziecka tego był ropień zimny na udzie. Ropień ten przeciąłem szeroko i wyskrobałem. Powstała rana mająca 8 cm. długości a 4 cm. szerokości. Rana ta zagoiła się podczas kąpieli codziennych w przeciągu dni 14, gdy w zwykłych okolicznościach potrzebowałaby, jak wiemy, co najmniej 3 tygodnie do zagojenia się.

W drugim przypadku u dziecka 8-letniego były znaczne zmiany gruźlicze w stawie kolanowym; staw był obrzękły, skóra na nim sinawo zabarwiona, po stronie wewnętrznej stawu dwie przetoki prowadzące do obnażonej kości. U tego chorego rozszerzyłem przetoki i wyskrobałem zajęte kości, tudzież torebkę stawową. Kolano to zagoiło się w przeciągu dni 23, gdy zwykle rana taka potrzebuje do zagojenia się 5—6 tygodni.

W trzecim przypadku wyskrobałem u dziewczynki 11-letniej trzy ogniska gruźlicze na skórze klatki piersiowej, każde wielkości 4 centów. Rany zagoiły się zupełnie w przeciągu dni dziewięciu. Innych przypadków tu nie przytaczam, gdyż prócz tego, że czas potrzebny do wygojenia się ran był u nich krótszy, niż zazwyczaj, nie przedstawiają nic szczególnie uderzającego; nadmienię tylko, że w ten sposób leczyłem trzydzieści cztery przypadki i prawie we wszystkich mogłem przekonać się o rychlejszem, niż zazwyczaj gojeniu się ran.

Spostrzeżenie, że rany czyste przybierają w kąpielach złe wejrzenie a mimo to przy odpowiedniem leczeniu goiły się rychlej niż zwykle, naprowadziło mnie na myśl, że jak z jednej strony wpływ kąpieli na rany musi być niekorzystny, to z drugiej wpływ kąpieli na cały ustrój jest tak zbawienny, że, mimo niekorzystnego wpływu na rany, gojenie się następowało szybko, co tylko o zmianach na korzyść w organizmie całym świadczyć może. Przypuszczenie więc samo przez się nasunęło się, że najlepiej powinny się goić rany, któreby podczas kąpieli można uchronić od bezpośredniego wpływu wody.

Doświadczenie w tej mierze łatwo było zrobić, gdyż miałem w leczeniu dwadzieścia sześć przypadków ran gruźliczych na kończynach górnych. Chorym tym poleciłem kąpać się codziennie, rękę zaś trzymać podczas kąpieli ponad wodą a rany opatrywałem co kilka dni według zwykłych zasad. Przypadki te potwierdziły moje przypuszczenie, gdyż pokazało się, że czas potrzebny do zagojenia się ran jest o połowę krótszy, niż zwykle; i tak n. p. w jednym przypadku u chłopca 12-letniego wyskrobałem z powodu zmian gruźliczych w kościach śródręcza jamkę wielkości śliwki, rana ta zagoiła się w przeciągu 2 tygodni zupełnie, gdy, jak wiemy, jama tych rozmiarów po wyskrobaniu kości powstała, potrzebuje zwykle około czterech tygodni do zagojenia się. Najciekawszym jednak wydaje mi się przypadek następujący: u chłopca 7-letniego, licho zbudowanego i źle odżywionego, były dwa ogniska gruźlicze w skórze wielkości srebrnego reńskiego, jedno na ramieniu, drugie na przedramieniu kończyny górnej lewej, zapalenie gruźlicze stawu łokciowego prawego z dwoma przetokami, prowadzącemi do kości obnażonej, wreszcie zapalenie gruźlicze stawu kolanowego prawego z trzema przetokami, prowadzącemi także do obnażonej kości. Po zachloroformowaniu chorego wyskrobałem ogniska w skórze, tudzież oba zajęte stawy. Tak w stawie łokciowym,

jakoteż kolanowym była przeważnie zajęta torebka, kości znacznie mniej. Dalsze leczenie odbywało się według wyżej podanych zasad, t. j. chłopiec brał codziennie pełną kąpiel a ręce tylko trzymał podczas kąpieli ponad wodą. Stósownie do tego opatrywano kolano codziennie, staw zaś łokciowy i ogniska w skórze co 3—4 dni według zwykłych zasad. Otóż oba ogniska w skórze zagoiły się w przeciągu dni dziewięciu, staw łokciowy po trzech i pół tygodnia, staw kolanowy zaś po sześciu tygodniach. Tu był ten sam chory, różnicy więc w czasie zagojenia się ran nie można odnieść do niczego innego, jak tylko do tego, że staw kolanowy był z konieczności inaczej opatrywany, jak łokciowy. Stósunkowo dość długi czas gojenia się tak stawu łokciowego jak i kolanowego, tłómaczył się stanem ogólnym chorego tudzież tem, że chory podczas samej kuracyi będąc dzieckiem biednych rodziców był w lichych stósunkach, tak, że nie mógł odżywiać się odpowiednio.

Z tych wyżej podanych spostrzeżeń wynikałoby, że kąpanie w solankach jodowobromowych ran gruźliczych samych, w tak zwanych kąpielach częściowych, jakich n. p. przy ranach gruźliczych kończyn w celu przyspieszenia gojenia się używamy czasem, właściwie nie jest stósowne, gdyż wpływ kąpieli na samą ranę jest niekorzystny.

Jak z jednej strony pragnąłbym poznać zdanie Szanownych Kolegów w tej mierze, tak z drugiej strony sądzę, że wartoby czynić dalsze spostrzeżenia, żeby rozstrzygnąć tę ważną kwestyę w chirurgii.

Zestawiając wyniki swoich spostrzeżeń mogę je w następujących podać twierdzeniach:

1) Kąpiele w solankach jodowobromowych działają na ustrój w ogólności bardzo korzystnie.

2) Przypadki zmian gruźliczych stawów niepowikłane przetokami leczą się za użyciem tych kąpieli prędzej, niż bez nich.

3) Kąpiele w solankach jodowobromowych działają niekorzystnie bezpośrednio na rany, które pod ich wpływem. blędną; ziarnina prócz zblednięcia buja nadmiernie i nabiera wejrzenia słoninowatego.

4) Wpływ niekorzystny kąpieli na rany da się usunąć przez regularne, co drugi dzień przyżeganie kamieniem piekielnym.

5) Rany mimo tego niekorzystnego wpływu goją się przy właściwem ich opatrywaniu prędzej, niż zwykle, co trzeba odnieść do wyżej wspomnianego korzystnego wpływu kąpieli na cały ustrój.

6) Najprędzej goją się rany, które w ogólnej kąpieli można uchronić od bezpośredniego zetknięcia się z wodą.

III. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

1) Berisch Bienenstock. *Ulcus ventriculi subsequente stenosi pylori.* Wyleczenie. Kupiec, 48 lat liczący, pochodzi z rodziców zdrowych, aż do obecnej choroby był zawsze zdrowym. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 6 laty bólami żołądka, brakiem apetytu, nudnościami. Przez cały ten czas leczył się, jednakowoż bez skutku. Odżywienie podupadło w ostatnim roku znacznie, skoro się przyłączyły ciągłe wymioty; stolec przeważnie zaparty. Przed miesiącem pokazała się krew w wymiocinach po raz pierwszy a przed 14 dniami po raz drugi. Później przyjęto go do kliniki wewnętrznej, zkąd go przeniesiono 2. Stycznia b. r. do kliniki chirurgicznej celem operacyi.

Stan obecny. Indywiduum bardzo wyniszczone, tętno dobre; oprócz miażdżycy tętnic i cierpienia żołądkowego zresztą zupełnie zdrów. Żołądek bardzo znacznie rozszerzony, dnem sięga prawie do spojenia łonowego; pluskanie wyraźne. Guza wymacać nie można; daje się tylko dostrzedz bolesność ograniczona do odźwiernika. Treść żołądkowa mocno kwaśna, ilość wolnego kwasu powiększona, zresztą znachodzą się kwasy tłuszczowe, drożdże, czworniaki (*sarcinae*).

Rozpoznanie jak wyżej:

Operacya d. 4. Stycznia 1894. Po otwarciu jamy brzusznej w linie białej okazuje się, że jedna pętla jelitowa jest zrosła z odźwiernikiem. Po bardzo delikatnem oddzieleniu okazał się otwór w ścianie żołądka wielkości fasoli, który zasklepiała dokładnie pętla jelitowa. Tymczasowe zamknięcie otworu żołądka i repozycya pętli. Zrostów z trzustką lub otoczeniem niema. Resekcya żołądka sposobem przez nas wykonywanym. Oddzielenie guza od małej i dużej sieci pomiędzy podwiązkami założonemi igłą Dechampsa. Założenie uciskadeł na żołądek; cięcie skośne i pod kątem przez ścianę żołądka po założeniu długich, zwyczajnych uciskadeł na żołądku od strony guza. Odłożenie guza wraz z dwunastnicą na prawo, obwiniętego gazą jodoformową, którą przeprowadzono pod guzem jeszcze przed przecięciem żołądka.

Szew okluzyjny na żołądku: szew na błonie śluzowej, pierwszy rząd, drugi rząd, według Czernego; wszystkie katgutem i sposobem kuśnierskim założone. Założenie nicianych pętli na dwunastnicy, odcięcie guza od dwunastnicy po założeniu uciskadeł od strony guza. Przyszycie dwunastnicy do otworu na żołądku: pierwszy rząd szwu na tylnej ścianie od wnętrza założony przez same brzegi rany, szew błony śluzowej naprzód na tylnej ścianie od wnętrza, w dole przerwany, następnie na przedniej ścianie od wnętrza. Pierwszy rząd szwu na ścianie przedniej od zewnątrz założony. Zdjęcie uciskadeł ze żołądka. Drugi rząd szwu na przedniej ścianie; na wielkiej krzywiznie przerwany; drugi rząd szwu na tylnej ścianie; wszystkie szwy katgutowe i sposobem kuśnierskim założone. Szczególne, wzmacniające szwy w miejscu, gdzie się schodzą szew okluzyjny z okrężnym. Przyprószenie jodoformem linij i szwu.

Przebieg bez zboczeń.

W dniu 16. Lutego przeniesiony do kliniki lekarskiej w celu zbadania chemizmu i mechanizmu żołądka. Chory przybrał na wadze 11 klgrm., ma podmiotowe uczucie zupełnego zdrowia.

2) *Ulcus ventriculi subsequente stenosi pylori*; śmierć 4-go dnia po operacyi skutkiem zgorzeli płuc i opadowego zapalenia lewego płuca. Kuśnierz, lat 33 liczący, pochodzi z rodziców zdrowych, którzy w późnej starości pomarli. Początek obecnego cierpienia rozpoczął się od 7 miesięcy uczuciem ściskania w okolicy żołądka, brakiem apetytu, odbijaniami, potem wystąpiły wymioty w nieregularnych odstępach czasu (po jedzeniu w 3—10 godzin); stolec najczęściej zaparty. Krwi nie widział ani w wymiocinach ani w stolcach. Przyjęty do kliniki d. 12. Stycznia 1894.

Stan obecny 14. Stycznia 1894. Chory bardzo osłabiony i bardzo źle odżywiony; ciepłota prawidłowa, tętno 86; wewnętrzne organa oprócz przewodu pokarmowego bez zmian chorobowych. Rozstrzeń żołądka, który sięga 3 palce poniżej pępka; pluskanie wybitne, skurcze rysują się dokładnie na powłokach brzusznych. Treść żołądka zawiera sporo kwasu solnego i sarcyny; brak kwasów tłuszczowych i mlekowego.

Operacya d. 16. Stycznia. Po otwarciu jamy brzusznej okazuje się zgrubienie odźwiernika, które daje się

wyczuć dokładnie. Zrostów nie ma. Wycięcie zwyczajnym sposobem.

Wycięty kawałek ma 8 cm. długości. Na dnie wrzodu widać światło naczyńka zatkanego skrzepem.

W przebiegu pooperacyjnym skarży się chory na kaszel i duszność; sinica na twarzy, liczne rzężenia po obu stronach klatki piersiowej słyszalne. Wśród tych objawów umiera chory.

Sekcya wykazuje opadowe zapalenia w dolnym płacie płuca lewego. W prawem płucu, prawie bezpowietrznem, znajdują się ogniska rozpadające się i mocno cuchnące. Rozstrzeń oskrzeli; rozszerzone oskrzele wypełnia treść brudna i cuchnąca. Szew trzyma dokładnie; najmniejszego nie ma zadraźnienia otrzewny. Światło nowo utworzonego otworu przepuszcza 2 palce.

3) M. K. *Carcinoma pylori; Gastroenterostomia.*

Polowy, lat 50 liczący, przed 30 laty przebył dur, zresztą dotąd czuł się zdrowym. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed dwoma laty utratą apetytu, bólami żołądka, nudnościami, które w ostatnim czasie następowały prawie po każdem jedzeniu. Krwi w wymiocinach nigdy nie zauważył.

Stan obecny: indywiduum dobrze rozwinięte i dość dobrze odżywione. W płucach nieznaczny nieżyt oskrzelowy; serce zdrowe. Brzuch niezapadły; w okolicy żołądka widać nieznaczne wypuklenie. Przy obmacywaniu wyczuwa się guz twardy i nierówny, za oddychaniem poruszający się; od wątroby, nieco powiększonej, odgraniczyć się nie daje. Treść ze żołądka naczczo zawiera wiele niestrawionych resztek pokarmów, nie zawiera zaś ani kwasu solnego ani mlekowego. Pod mikroskopem: sarcyny, niestrawione włókna mięsne, skrobia, mnóstwo drobnoustrojów, tu i owdzie czerwone ciałka krwi. W 5 godzin po jedzeniu zawiera treść żołądkowa jeszcze bardziej i więcej niestrawionych włókien mięsnych. Wolnego kwasu solnego zupełny brak a kwas mlekowy w nieznacznej ilości.

W dniu 24. Października 1893. wykonano gastroenterostomię sposobem Wölflera. Z powodu rozległych zrostów i przerostów w gruczołach limfatycznych była resekcya niemożliwą.

Plica duodeno-jejunalis dała się odszukać z największą łatwością i pewnością, według przepisu Wölflera — i nie mogę pojąć tego, że odszukanie jej sprawia niektórym jeszcze dotąd trudności. W odległości 40—50 cm. od owego fałdu przyszyto pętlę jelita cienkiego do przedniej ściany żołądka w pobliżu zagięcia większego *(curvatura major)* w ten sposób, aby koniec odprowadzający znajdywał się w kierunku ruchów żołądka. Naprzód założono drugi rząd szwu Czernego (szew Lemberta) na tylnej ścianie żołądka — względnie jelita, bez poprzedniego nacięcia ściany. Po założeniu tego szwu (w formie kuśnierskiego) nacięto błonę surowiczą i warstwę mięsną żołądka, względnie jelita, pozostawiając błonę śluzową nienaruszoną tak, że treść wypływać nie mogła. Małe, zwłaszcza na żołądku, broczące naczyńka podwiązano katgutem. Po nacięciu rozeszły się brzegi ranki tak, że z łatwością dało się założyć pierwszy rząd szwu Czernego na tylnej ścianie. Teraz przecięto w linii cięcia błonę śluzową żołądka, względnie jelita. Aby treść nie wypływała, uniesiono do góry żołądek a równocześnie asystent zaciskał dwunastnicę. Szew kuśnierski na błonie śluzowej założono naprzód od tyłu a następnie od przodu przerwawszy go poprzednio w tym celu, aby zapobiedz kapciuchowemu ściągnieniu błony śluzowej, coby się zdarzyć mogło przy nieprzerwanym szwie okrężnym.

Następnie zamknięto otwór żołądkowo-jelitowy pierwszym rzędem szwu Czernego; nakoniec założono drugi rząd Czernego. Oprócz tego uważam za rzecz bardzo ważną dodać jeszcze 2—3 szwów Lemberta po obu stronach zamkniętego otworu żołądkowo-kiszkowego, aby zwisająca pętla jelitowa nie naciągała własnym ciężarem bezpośrednio szwów jelitowych. Doprowadzający koniec jelita przyszywam wyżej do ściany żołądka, aby ułatwić odpływ żółci do pętli odprowadzającej. Podłożony strzęp gazy jodoformowej wyjmuje się i zespaja brzegi rany powłok brzusznych. W ten sposób wykonywałem oddawna gastroenterostomię i wszystkie następujące są tak samo założone.

Przebieg pooperacyjny w tym przypadku bez żadnych zboczeń; chory wyszedł z kliniki d. 12. Listopada 1893 r.

4) J. W. *Carcinoma pylori; gastroenterostomia.* Chory, lat 40 liczący, dziedzicznie nie obciążony. Od 10 miesięcy brak apetytu, nudności, wymioty, zatrzymanie stolców (czasami po 8 dni); bóle w okolicy żołądka rozpromieniające się na brzuch i w górę na lewą połowę ciała.

Stan obecny. Indywiduum znacznie osłabione z początkiem charłactwa. Brzuch w okolicy żołądka mocno wypuklony, za uciskiem bolesny; przy obmacaniu wyczuwa się guz nierówny, wielkości orzecha włoskiego w ścianie brzusznej, która wydaje się zrosła z żołądkiem, na którym wyczuwa się znaczniejszy guz. Lewy płat wątroby powiększony. Śledziony nie można oznaczyć. Organa klatki piersiowej prawidłowe.

Operacya 27. Października 1893. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że oba guzy nie są z sobą zrosłe. Naprzód wycięto guz w powłokach brzusznych; następnie założono gastroenterostomię. O resekcyi nawet myśleć nie można było z powodu zrostu z wątrobą a sam żołądek był tak zajęty, że z trudnością znaleziono na przedniej ścianie tyle miejsca zdrowego, by założyć gastroenterostomię. Przebieg pooperacyjny dobry, ale cierpienia chorego nie wiele zmniejszyły się. Badanie mikroskopowe guza z pępka wykazało *adeno-carcinoma.*

5) M. N. *Carcinoma ventriculi; gastroenterostomia.* Wyleczenie. Chora, lat 37 licząca, dziedzicznie nie obciążona, dotąd zawsze zdrowa. Choruje od 8 lat na żołądek. Bóle w okolicy żołądkowej występują napadowo; jedzenie nie wpływa na nie. Bóle ustają dopiero po wymiotach, które mają smak mocno kwaśny a zawierają resztki pokarmów i żółć; tylko raz przed miesiącem miały być wymiociny podobne do fus z kawy. Stolec najczęściej zatrzymany, bardzo często całkiem czarny.

Stan obecny. Chora średniego wzrostu, dość dobrze odżywiona; serce i płuca prawidłowe. W okolicy żołądka znaczniejsze wypuklenie; żołądek rozszerzony i obniżony; oporność znaczniejsza i bolesność w okolicy odźwiernika, za każdem wprowadzaniem zgłębnika żołądkowego wymiotuje chora niestrawione resztki pokarmów w znacznej ilości.

Operacya 31. Stycznia 1894. Po otwarciu jamy brzusznej znachodzimy przednią ścianę żołądka zdrową; guz zajmuje tylną ścianę, wydaje się zrosłym z trzustką. *Gastroenterostomia* sposobem zwykłym.

Przebieg pooperacyjny bez zboczeń; chorą po 4 tygodniach odesłano do kliniki wewnętrznej celem badań czynności żołądka.

6) P. P. *Carcinoma pylori, gastroenterostomia.* Śmierć skutkiem osłabienia i charłactwa. Robotnik, 45. lat liczący, choruje od pół roku na żołądek. Od 6 tygodni leży w łóżku; w ostatnim czasie wymiotuje nawet płynne pokarmy; krwi nie było nigdy ani w wymiocinach ani w stolcach.

Stan obecny. Chory w najwyższym stopniu wyniszczony i osłabiony; znaczna rozstrzeń żołądka; w okolicy odźwiernika guz twardy, wielkości jabłka, nierówny. W treści żołądkowej brak wolnego kwasu solnego, za to wiele kwasów tłuszczowych i mlekowego, drożdży i kryształów z kwasów tłuszczowych.

Operacya 7. Grudnia 1893. *Gastroenterostomia* dała się tylko wykonać z powodów często już wymienianych a nadto i z powodu bardzo wielkiego osłabienia. Przebieg pooperacyjny bez szczególniejszych zboczeń. Pacyent umiera w nocy

z 8. na 9-ty dzień. Przy sekcyi rana po *gastroenterostomii* pokazuje się zupełnie zamknięta; nowo utworzony otwór zupełnie drożny; zadraźnienia otrzewny nie ma.

7) P. C. *Carcinoma pylori; gastroenterostomia.* Śmierć skutkiem osłabienia. Chora, licząca 28 lat, pochodzi z matki zmarłej na raka. Obecne jej cierpienie rozpoczęło się przed 7 laty, z początku lekkimi objawami kataru żołądkowego; przed paru miesiącami pogorszył się stan jej nagle; znaczne wystąpiły bóle, stolec zaparty, zapad sił.

Stan obecny. Chora jest bardzo wychudła i osłabiona. Przez wiotkie powłoki brzuszne dadzą się z łatwością wymacać granice rozszerzonego i obniżonego żołądka, jak również wykazać daje się guz, wielkości małego jabłka, twardy, o powierzchni nierównej, w prawem podżebrzu. Treść żołądka mocno kwaśna, zawiera wyraźne ślady kwasu solnego i kwasów tłuszczowych, sarcyny, rozmaite bakterye w znacznej ilości, kropelki tłuszczu, niestrawione resztki pokarmów.

Operacya 30. Grudnia 1893. Wykonano tylko gastroenterostomię (mimo braku zrostów) z powodu bardzo znacznego osłabienia. Chora po operacyi jeszcze bardziej osłabiona; tętno 120, ciepłota wieczorem 36·0, śmierć drugiego dnia wśród objawów zapadu.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

E. Luther (w Magdeburgu): **O wiewiórze** *(gonorrhoea)* **u kobiet.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Czy gonokoki mogą wywołać zapalenie otrzewnej?

Koch, który w kwestyi gonokoków w ogóle jest bardzo małomownym, nie przypuszcza tej możliwości. Martin mu zaś przeczy i ma racyę, bo z doświadczeń Wertheima wypada, że gonokok w otrzewnę zaszczepiony wywołuje zapalenie ropne. Grawitz powtórzył doświadczenia Wertheima na myszach i świnkach morskich a Ceppi w ropie otrzewnej miednicowej znalazł wyraźne gonokoki. Doświadczenia Wertheima uczą dalej i w tym względzie zgadzają się z doświadczeniem klinicznem, że zapalenie otrzewnej gonokokiem wywołane, nie rozpościera się po całej otrzewnej, ale ogranicza się do jednego punktu.

IV. Stósunek gorączki połogowej do zakażenia wiewiórowego.

Jestto stanowczą i znaczną zasługą Nöggeratha, iż zwrócił uwagę akuszerów na wpływ zakażenia narządu płciowego kobiecego gonokokami na sprawę poporodową. Wypociny okołomaciczne uważał za skutek tegoż zakażenia. Mac Donald tego samego jest zdania. Oddawna wiadomo, że w odchodach poporodowych (*lochiae*) znajdują się często gonokoki. Krönig znalazł w macicy gorączkujących położnic gonokoki. Nie ulega wątpliwości, że kobiety cierpiące na zakażenie wiewiórowe szczególniej w górnych częściach rodnych, wystawione są podczas porodu na poważne niebezpieczeństwo różnych powikłań, tembardziej, że, jak Zweifel wykazał, ropa stara gonokokami zanieczyszczona, jest dla bakteryj ropnych dostępniejszą, skutkiem czego łatwiej przyjść może do infekcyi mięszanej a więc do gorączki połogowej.

Opierając się zatem na badaniach Wertheima, Wittego i innych, należy w każdym przypadku chorobowym w narządzie płciowym u kobiet, badać bakteryologicznie i poszukiwać w ten sposób przyczyny choroby, która może mieć początek:

1) W zakażeniu stafilokokami, streptokokami i gonokokami.

2) W zakażeniu mięszanem wszystkich tych bakteryj.

3) W zakażeniu mięszanem innych bakteryj razem wziętych.

Zakażenie mięszane odbywa się, zdaje się, w ten sposób, iż gonokoki osadzając się w przewodzie rodnym, pierwszorzędną tu odgrywają rolę. Znajdują one tam znakomite warunki rozwoju i wzrostu i obejmują z czasem cały przewód rodny. Skutkiem jakiegoś urazu n. p. porodu, dostają się do tego przewodu i inne chorobotwórcze drobnoustroje, które albo w samem miejscu inwazyi albo i na inne narządy, lub do obiegu krwi przejść mogą. Gonokoki zatem są tym czynnikiem ułatwiającym zakażenie mięszane.

V. Zapatrywania na biologię gonokoków.

Z poprzedniego wiemy, że gonokok przeważnie sadowi się w narządzie płciowym i rzadko tylko w inne narządy wchodzi. Działanie jego jest czysto miejscowe a nie ogólne, nie wywołuje zatem zakażenia ogólnego n. p. posocznicy. Dostawszy się do komórki przybłonkowej lub do białego ciałka krwi, rozmnaża się w nim bardzo i niszczy je przez rozpad. Ta siła niszczenia leukocytów jest tylko jemu właściwą. Badając gonokoki na płytach, znajdujemy, że w 36° w atmosferze wilgotnej a skąpej w tlen, z całem upodobaniem, szczególniej w głąb, się rozrasta. Te same okoliczności zastaje ten drobnoustrój i na błonie śluzowej traktu płciowego a niszcząc komórki przybłonka dostarcza znakomitej pożywki dla młodszej swej generacyi. Idąc w ten sposób w głąb, przeciska się przez wszystkie warstwy aż do otrzewnej, która pierwsza mu opór stawia swą ogromną siłą resorbcyjną. Że do zakażenia ogólnego nie przychodzi, tłómaczyć tu można tylko znacznem napęcznieniem leukocytu gonokoki zawierającego, który skutkiem tego traci całą swą energię, na miejscu się osadza i do włosowatych naczyń krwionośnych ani do naczyń limfatycznych dostać się więcej nie może. Wertheim sobie i drugiej osobie wstrzyknął pod skórę czystą hodowlę gonokoków i otrzymał tylko miejscową reakcyę. Jeszcze jedno słowo o utajeniu (*Latenz*) zarazku wiewiórowego. Już Nöggerath uczył, że zarazek wiewiórowy może się utaić, to znaczy, że u osoby niegdyś chorej nie znajdujemy ani bakteryj ani objawów chorobowych. Nagle skutkiem jakiegoś zadraźnienia, czy to chemicznego czy mechanicznego, występuje jedno i drugie. Zdaje się, że przyczynę tego utajenia łatwiejbyśmy rozstrzygnęli, gdybyśmy znali zarodniki czyli spory gonokoków. Nie gonokok, ale jad jest ukryty. Tymczasem sporów koków jeszcze nie odkryto; znamy je tylko w prątkach i spiryllach. Być także może, że gonokoki wędrując z komórki do komórki i niszcząc je, tracą na swej sile a wszedłszy bezsilne do świeżych komórek, jako takie już w nich dłuższy czas pozostają, aż jakaś nieznana siła znów je poruszy z bezczynności. Oczywiście wszystko to jest tylko teoryą.

VI. Rozpoznanie.

Rozpoznanie wiewióra ostrego u kobiet jest łatwe i nie wymaga wielkiej biegłości. Rzecz przedstawia się trudniej w przypadkach przewlekłych, zadawnionych; w tych bowiem i badanie bakteryologiczne często zawodzi. Nöggerath następujące zebrał dane, celem łatwiejszego rozpoznania choroby w stanie przewlekłym:

1) Zasłabnięcie zdrowej przedtem kobiety wkrótce po zamążpójściu z objawami ogólnymi, nielicującymi z nieznacznemi zmianami w częściach płciowych.

2) Ropny wypływ przy braku owrzodzeń lub nowotworów.

3) Nieżyt przewodów gruczolików sromu i pochwy.

4) Figówki kończyste (*condylomata acuminata*).

5) Zapalenie jajowodów i okołomaciczne.

Do tych, dziś dodać należy:

6) Obecność gonokoków.

7) Ronienie i bezpłodność po pierwszem dziecku.

Najważniejsze z tych danych rozpoznawczych, są figówki i obecność koków. Jeżeli znajdujemy figówki bez innych objawów, to z obecności ich śmiało możemy rozpoznać wiewiór przewlekły. Że badanie bakteryologiczne

często nic nie wykazuje, to pochodzi z rzadkiego usadowienia się koków w wydzielinie, ale tem większego w tkankach. Często przy ujściach przewodów gruczołów Bartoliniego jakoteż i przy ujściu cewki moczowej, pozostają częściowe zgrubienia tkanki z powierzchownemi owrzodzeniami. Błona śluzowa pochwy traci swe fałdy, wygładza się i cieńczeje skutkiem częściowego zaniku. Skąpe mamy wiadomości o zachowaniu się błony śluzowej macicy. Uter znalazł złuszczanie się przybłonka z równoczesnem tworzeniem się złogów drobno-komórkowych.

Objawy podmiotowe nie dają się ująć w pewne ścisłe ramy.

W wiewiórze, zajmującym górną część narządu rodnego, występują podczas miesiączkowania mocne bóle z znacznym krwotokiem. Czas międzymiesiączkowy czasem nieprawidłowo przedłuża się do 6 tygodni. Pulsujący ból w podżebrzach jest charakterystycznym według Wertheima przy zajęciu części dodatkowych (*adnexa*). Nöggerath zwraca uwagę, iż powrotne zapalenie okołomaciczne (*recidivirende Perimetritis*) polega wyłącznie tylko na zakażeniu macicy i jajników. Występują wszelkie objawy zapalenia otrzewny i po kilku dniach ustępują, by po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu po jakimś urazie lub po porodzie znów wrócić. Zapalenie otrzewny na tle wiewióra odznacza się burzliwymi objawami, t. j. mocnym bólem, znaczną gorączką i obfitym wysiękiem. Objawy te ustępują w kilku dniach; tylko wysięk pozostaje przewlekłym, powoli się resorbując, przyczem nowe nasilenia nie są wykluczone.

VII. Rokowanie.

Śmiesznemby się na pozór wydawało twierdzenie, że kiła jest uleczną a wiewiór nie. Mimoto na zdanie to po największej części zgodzić się musimy. U mężczyzny wiewiór przedstawia pewne niedogodności dla niego samego, nuży go często swemi powikłaniami, jak n. p. zwężeniem cewki lub przewlekłem zapaleniem jądra, dla kobiety zaś jest on prawdziwem niebezpieczeństwem. Nigdy zatem bez obawy zupełnie dobrze rokować nie możemy. Zarazek każdej chwili i po latach może nowej nabrać siły a zająwszy górną część przewodu rodnego być każdej chwili powodem śmiertelnego zapalenia otrzewny, czy to działając wprost na nią, czy też skutkiem pękania ropni jajowodów lub jajników.

VIII. Leczenie.

Leczenie wiewióra, czy to u mężczyzny, czy u kobiety, jest rzeczą niewdzięczną, albowiem zupełne wyleczenie należy do rzadkości. Trudno podać wszystkie metody lecznicze przez różnych lekarzy za najlepsze uznane, ilość ich bowiem niezmierna, co najlepszym dowodem, że żadna z nich nie cieszy się zupełnem powodzeniem. Najważniejszem pytaniem jest, czy ze względu, że w szyjce macicznej największa ilość gonokoków się znajduje, szyjkę tę przeważnie leczyć należy? Byłoby to wskazanem, gdybyśmy posiadali lek niszczący gonokoki. Takiego leku dotychczas nie mamy. Wszelkie leczenie macicy w okresie ostrym prowadzi do groźnych powikłań. Tylko w okresie przewlekłym można leczyć i śródmacicznie, jednak z wielką ostrożnością a najlżejszy objaw podrażnienia górnych części rodnych, najczęściej objawiający się bólem, powinien stanowić granicę leczenia. Próbowano także leczyć szczególniej jajowody masażem, macicę zaś samą niektórzy rozszerzają i drenują, celem utorowania drogi wydzielinie ku pochwie. U mężczyzn czekamy z leczeniem aż okres ostry przeminie, u kobiet postępowanie takie byłoby błędem. Natychmiast powinno się przystąpić do czynności leczniczej, aby cierpienie osłabić i ograniczyć do pochwy. Niestety cierpienie w pierwszym okresie rzadko jest przedmiotem leczenia. Kobieta wyszedłszy za mąż, nagle dostaje wypływu i albo uważa to za rzecz obojętną albo niechętnie idzie do lekarza. W okresach późnych trzeba chwycić i za nóż. Mikulicz z wynikiem szczęśliwym otwierał jamę brzucha po pęknięciach ropni w jajowodach lub jajnikach.

Leczenie poronne (*abortivum*) nie prowadzi do celu. Nie mamy bowiem leków, któreby mogły zniszczyć gonokoki za jednym zamachem, leki zaś w celach poronnych używane zanadto skutkiem siły swej przewód rodny zadrażniają i prowadzą do powikłań.

Najlepszą metodą leczniczą są irygacye pochwy lekkim rozczynem jakiegokolwiek leku, bądź ściągającego, bądź odrażającego. Siarkan miedziowy lub sublimat najlepiej nadają się do nich. Tamponowanie pochwy tamponami maczanymi w zawiesinie glicerynowo-jodoformowej wspiera leczenie. Prócz tego zaleca się spokój, odpowiednią dyetę i regularny stolec. Przy tem leczeniu pochwa wkrótce wraca do dawnego stanu. Jeżeli zarazek przeszedł i na macicę, natenczas należy ujście maciczne rozszerzyć laminaryą i przepłukiwać $1^0/_{00}$ rozczynem siarkanu miedzi. W *endometritis* i *metritis gonorrhoica* używają niektórzy także wyskrobania (*curettement*). W zajęciu jajowodów i jajnikówjużto zimne okłady, jużto miejscowe upusty krwi (pijawki), sprawiają pewną ulgę. W cięższych przypadkach laparotomia wchodzi w swe prawa.

IX. Niepłodność małżeńska.

Ostatecznym wynikiem zakażenia wiewiórowego u kobiet jest niepłodność a tym sposobem rzecz cała wchodzi w obręb spraw socyalno-państwowych. W niższych warstwach ludności, w których mężczyzni wcześniej mogą się żenić, i żenią, niepłodność do rzadkich należy wyjątków. W warstwach wyższych a szczególniej wśród uczącej się inteligencyi, mężczyzni nie mogąc się wczas żenić, dłużej hołdują kapłankom Wenery, skutkiem czego późniejsze ich małżeństwa są bardzo często niepłodne. We Francyi $20^0/_0$ małżeństw nie cieszy się potomstwem. Zazwyczaj dotychczas, jeżeli małżeństwo niema potomstwa, żonę poddaje się oględzinom lekarskim.

Czas już największy, ażeby w takich przypadkach najpierw badać męża. Przyczyną niepłodności po wiewiórze u mężczyzn są zwężenia cewki i zapalenia jąder lub przyjądrza, u kobiet zaś blizny w pochwie, przewlekły wysięk z macicy, ciągłe łuszczenie przyskórka sprawiające zatkanie ujść jajowodów i zmiany w ich błonie śluzowej, nareszcie zwyrodnienie miąższowe jajników. Prostytutki skutkiem tego są najczęściej niepłodne.

X. Zapobieganie.

Zdanie „lepiej zapobiedz, niż leczyć“, najłatwiej można zastósować do chorób płciowych. Na polu zapobiegawczem dałoby się niezmiernie wiele zdziałać, gdyby rozporządzenia rządów szły ręka w rękę z zarządami gmin i radami lekarskiemi. Domowy lekarz winien zwracać uwagę młodzieży na niebezpieczeństwa grożące z zakażenia wiewiórem a stanowczo powinien się sprzeciwiać zawieraniu małżeństw przez mężczyzn jeszcze zupełnie nieuleczonych. Rządy przedewszystkiem powinny przeprowadzić:

1) Uregulowanie prostytucyi przez urządzenie domów publicznych. Zabranianie nierządu poza niemi.

2) Ściślejsze badanie prostytutek.

3) Przymusowe badanie mężczyzn dom publiczny odwiedzających.

4) Zaprowadzenie kar na tych, którzy wiedząc, że są zarażeni, mimo to spółkują.

5) Obowiązkowe donoszenie władzom przez lekarzy o każdym leczonym przypadku. (*Sammlung klin. Vorträge Nr. 82—83, 1893*). *Dr. Mendelsburg.*

Zapiski terapeutyczne.

O. Feis. (Z kliniki ginekologicznej w Gietyndze). Przyczynek do sprawy i techniki wlewania soli kuchennej pod skórę w ostrej niedokrewności. Po znacznej utracie krwi zmniejsza się ciśnienie krwi w naczyniach tak, iż ustaje jej krążenie i to jest właśnie przyczyną śmierci przez skrwawienie się a nie, jak mniemano dawniej, utrata składników morfotycznych krwi.

Zadanie przeto terapeutyczne w znacznych utratach krwi polega oprócz wstrzymania dalszego krwotoku, jak się samo przez się rozumie, na staraniu się o lepsze napełnienie naczyń w celu podniesienia ciśnienia krwi i przywrócenia jej krążenia.

Że tym wskazaniom możemy zadosyć uczynić przez wprowadzenie do ustroju obojętnego, 0.6% rozczynu chlorku sodu (NaCl), dowodzi doświadczenie nie tylko fizyologiczne, ale i kliniczne.

Do wprowadzenia owego płynu nadają się dwie drogi: układ żylny i tkanka łączna podskórna.

Wprowadzenie płynu do żył, jakkolwiek nieraz już pomyślnym skutkiem uwieńczone, nie jest ani bardzo łatwem, ani zupełnie bezpiecznem, wymaga dosyć skomplikowanego narządu i trudno, by się obeszło bez asystencyi; nie może przeto stać się ogólną własnością lekarzy, co w operacyi mającej wprost życie ratować, jest rzeczą szczególniejszej wagi.

Wprowadzenie natomiast rozczynu chlorku sodu pod skórę, nie ma żadnych tych niedogodności, wessanie odbywa się bardzo prędko i rychło też podnosi się tętno, ustępuje uczucie zimna, twarz ożywia się.

Pomijając spostrzeżenia w leczeniu cholery podskórnemi wlewaniami rozczynu, o którym mowa, należy się Münchmeyerowi zasługa wykazania na podstawie dosyć znacznej liczby spostrzeżeń klinicznych, że wlewania rozczynu chlorku sodu są bardzo stósowne w krwotokach u kobiet.

Feis przytacza w tej mierze trzy własne przypadki dobrego działania przerzeczonych wlewań. Wszystkie tyczą się krwotoków pooperacyjnych. W pierwszym, w krwotoku z przyczyny raka części pochwowej, wstrzyknięto z bardzo dobrym skutkiem 600 gramów 0.6% rozczynu chlorku sodu w okolicę podobojczykową, w drugim, w krwotoku po ciężkiej laparotomii w celu usunienia schorzałego jajnika, wlano z dobrym również skutkiem 300 gramów wymienionego rozczynu a w trzecim, również tyczącym się krwotoku po laparotomii w celu usunięcia także schorzałego jajnika, wstrzyknięto ze skutkiem, co prawda, tylko przemijającym, dwa razy po litrze rozczynu chlorku sodu. Śmierć jednak nastąpiła w tym razie wśród przypadów osłabienia czynności serca a sekcya wykazała między innemi zmianami stłuszczenie wątroby i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego.

Instrumentaryum do wlewania rozczynu chlorku sodu pod skórę jest bardzo proste i składa się z trzech igieł (dla zapasu) właściwych, rurki kauczukowej, lejka szklanego i termometru.

Do operacyi nadaje się najlepiej okolica podobojczykowa. Po należytem zdesinfekcyonowaniu skóry, podnosi się jej fałd i wbija igłę podczas wypływania z niej rozczynu, by uniknać dostania się powietrza pod skórę. Rozumie się samo przez się, że wszystkie narzędzia do operacyi używane przedtem są należycie oczyszczone i kwasem karbolowym zdesinfekcyonowane. Dla ułatwienia wpływania cieczy pod skórę, należy igłę poruszać w rozmaitych kierunkach w wiotkiej tkance podskórnej a jeżeli utworzy się obrzmienie pod skórą skutkiem nagromadzenia się płynu w jednem miejscu, to miejsce to trzeba nieco pomasować. W ten sposób postępując, można w 10 do 15 minut wprowadzić pod skórę i litr płynu, przyczem baczyć należy, by płyn zawsze znajdował się w lejku. Po operacyi miejsce wbicia igły opatrzyć trzeba watą antyseptyczną, którą przytwierdza się zwykłym przylepcem. (Rozumie się także, iż płyn do wlewania przeznaczony musi być ogrzany do ciepłoty ciała. Przyp. spr. *Przeglądu Lekarskiego*).

Ażeby w razie potrzeby można rychło mieć 0·6% rozczyn soli kuchennej, zaopatrywano się dawniej już naprzód w odważoną ilość wyjałowionego chlorku sodu, stósownie przechowywanego. Dla ułatwienia postarał się Feis o pastylki zawierające po 3 gramy NaCl wyjałowionego, z których dwie rozpuszczone w litrze wody, świeżo przegotowanej i do temperatury ciała oziębionej, dają właśnie 0·6% czyli fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Pastylki owe przechowuje się w wyjałowionem przez gorąco naczyniu szklanem. (*Ther. Mtshefte. Luty 1894*).

— Idąc za zaleceniem Landouzego, Debovego, Lichtheima i innych używał Maillart w 14 przypadkach duru brzusznego z pomyślnym skutkiem wprowadzania do ustroju znacznych, od 5 do 6 litrów na 24 godzin, ilości wody w postaci wody zwykłej, bulionu, mleka, limonady lub mięszaniny wody z winem przez cały okres gorączkowy i przekonał się, że podczas tego postępowania obniża się powoli gorączka, znika suchość języka i jamy ustnej i uspakajają przypady ze strony układu nerwowego, narządu krążenia i nerek. Nie widać natomiast wpływu na trwanie choroby.

Takie leczenie podobne do przemywania wewnętrznego ustroju, zalecanego w pewnych otruciach i zakażeniach przez prof. Sahlego z Berna, lecz odeń prostsze podnieca utlenienie przez większe wyrabianie mocznika i sprzyja wydzielaniu się toksyn przez płuca, skórę i nerki; chorzy przystają nań chętnie a da się użyć nawet w razie osłabienia serca. (*La semaine médicale 31. Marca 1894*).

— Prof. R. Feletti w Katanii otrzymał bardzo dobre skutki lecznicze z użycia eterowego wyciągu korzenia paproci (*extum radicum filicis maris aethereum*) w torbielach wodunkowych (*cystis hydatidosa*) zadając go po 40 do 50 centygramów na dzień; pod wpływem bowiem tego leczenia torbiele zmniejszyły się rychło bardzo znacznie a nawet w dwóch przypadkach na trzy zniknęły zupełnie.

— W numerze 11. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. podaliśmy przepis na sporządzanie krystaliny, bardzo przydatnej do leczenia niektórych chorób skórnych. Obecnie podaje E. Thibault w Paryżu nowy przepis na przyrządzanie lepszej krystaliny zrobionej przez rozpuszczenie bawełny strzelniczej w mięszaninie czystego alkoholu metylowego z octanem amilowym również czystym:

40) Rp. *Pyroxylini* 5·00
Alcoholi methylici puri 20·00
Amyli acetici puri 75·00

Krystalina ta nadaje się wybornie do opatrywania na twarzy, tworząc plewkę bardzo giętką i cienką, stósującą się do najdelikatniejszych rowków w skórze, nie pękającą i ztąd prawie niewidzialną.

— Do pomazywania zgłębników do cewki moczowej zaleca F. Guyon w Paryżu maść:

41) Rp. *Saponis pulverati* 50·00
Glycerini
Aquae destil. āā 25·00
Sublimati corrosivi 0·02
MDS. Zewnętrznie.

Maść ta jest aseptyczna, nie drażni cewki, ułatwia znakomicie kateteryzowanie, bo robi zgłębnik o wiele śliższym, niż wazelina, oliwa, tłuszcze i czysta gliceryna.

— W zapaleniu błoniczem gardła (*angina diphtheritica*) używa A. da Sacco z dobrym skutkiem pomazywania lekko błon wrzekomych po trzy razy dziennie mięszaniną:

42) Rp. *Benzini* 12·00
Ttrae jodi 2·00
MDS. Zewnętrznie.
Zakłócić przed każdem użyciem.

(*La semaine médicale 28. Marca 1894*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

II. Posiedzenie z dnia 2. Marca 1894.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 32.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z powodu śmierci prof. Billrotha wysłał imieniem Sekcyi telegram kondolencyjny do Towarzystwa lek. wiedeńskiego.

2) Kol. Schramm przedstawia chłopaka z *epispadiasis penis*. Żołądź zatyka otwór lejkowaty doprowadzający do pęcherza, z którego odpływa mocz po odciągnięciu żołędzi. Kol. S. wykonał już u chorego częściową plastykę sposobem Thierscha.

3) Kol. Wiczkowski przedstawia preparaty anatomiczne z dwóch przypadków raka odźwiernika.

W pierwszym przypadku zwężenie odźwiernika było znaczne, rak był wybitny, pomimo to jednakże odżywienie ogólne było bardzo dobre, bo stan reszty żołądka nie przedstawiał zboczeń patologicznych.

Drugi żołądek znacznie powiększony, ściany jego ścieńczałe, zwężenie odźwiernika nie dochodziło do tych rozmiarów, co w pierwszym przypadku a pomimo to wyniszczenie ogólne było znaczne. Nadto istniały tutaj zrosty z wątrobą i śledzioną.

Według prelegenta charakterystyczną właściwością dla raka żołądka wydaje się brak kwasu mlekowego, którego kol. W. nie znajdywał w przypadkach, gdzie był rak wybitny a nawet kwas solny się znajdywał w treści żołądkowej. To samo spostrzeżenie zrobił kol. W. w drugim przypadku przedstawionym. Kol. W. nawiązuje do tego przypadku uwagi o badaniu i rozpoznawaniu raka żołądka.

W drugim przypadku raka odźwiernika wykonał kol. Ziembicki gastroenterostomię. Chora umarła w kilka dni po operacyi skutkiem wycieńczenia. Sekcya wykazała zlepne zapalenie otrzewny, raka odźwiernika, znaczną rozstrzeń żołądka, zrosty z wątrobą i śledzioną i zajęcie okolicznych gruczołów.

Kol. Ziembicki podaje szczegóły z historyi choroby i ze sposobu postępowania podczas operacyi. Chora była bardzo wynędzniałą (przed operacyą ważyła tylko 41 kilogr.) i nie można się było spodziewać korzystnego wyniku z operacyi.

Kol. Schramm zwraca uwagę na zrosty otrzewnowe, które często są przyczyną znacznych bólów i ciężkiego cierpienia, i zachęca do częstszego stosowania laparotomii w takich przypadkach. Kol. S. przytacza przypadek, w którym u kobiety z powodu częstych napadów bólów w jamie brzusznej wykonano laparotomią. Otwarcie jamy brzusznej wykazało tylko zrosty pomiędzy pętlami jelit. Po rozdarciu tych zrostów chora była wyleczoną. Laparotomia obecnie nie jest już tak niebezpiecznym zabiegiem, ażeby jej nie wykonywać w przypadkach podobnych, w których przypuszczamy tylko zlepy otrzewnowe pomiędzy kiszkami. Stosunkowo nieznaczny zabieg, t. j. rozdarcie zlepów może uwolnić chorego od ciężkiego cierpienia.

Kol. Skałkowski zwraca uwagę na znaczne bóle wywoływane często przez przepukliny pępkowe. Bóle te także są wywołane zrostami otrzewnowymi.

Kol. Wiczkowski jest także zdania, że zrosty otrzewnowe są częstą przyczyną znacznych bólów w jamie brzusznej i że rozdarcie zlepów może wyleczyć chorego. Tem się tłumaczy korzystny wpływ mięsienia, w ten sposób bowiem może się udać rozluźnienie zrostów.

Kol. Barącz zachęca do robienia gastroenterostomii sposobem Senna a w szczególności z modyfikacyą kol. Barącza, który używa płytek z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej.

Kol. Wehr przemawia również za sposobem Senna, sądzi jednakże, że płytki z kości odwapnionej są lepsze o tyle, że mogą być po odpowiedniem przygotowaniu przechowane w słoiczkach i wzięte ze sobą przez operatora podobnie jak dreny lub jedwab, gdy płytki z brukwi muszą być każdym razem dopiero przygotowywane.

Kol. Barącz jako wadę płytek z kości odwapnionej przytacza tę okoliczność, że często są niedostatecznie odwapnione, co może łatwo spowodować odgniecenie (*decubitus*) i septyczne zapalenie otrzewny. Trudności zaś w dostaniu brukwi i w sporządzeniu z nich płytek nie są tak znaczne, jak to sobie kol. Wehr wyobraża.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia preparat anatomiczny: *endocarditis et aortitis verrucosa*.

5) Kol. Wehr przedstawia chorego z promienicą w twarzy i na szyi, jakoteż ropę i preparaty drobnowidowe z tego przypadku. Kol. W. nawiązuje do tego przypadku uwagi nad odróżnieniem promienicy od innych chorób, które uważa za łatwe i przytacza oprócz znanych objawów jako stałą cechę brak zajęcia gruczołów. Wreszcie podaje kol. W. przegląd sposobów barwienia preparatów drobnowidowych.

Kol. Barącz potwierdza z własnego doświadczenia spostrzeżenie kol. Wehra, że gruczoły chłonne w promienicy nie są zajęte. Kol. B. obserwował ogółem około 50 przypadków promienicy a w żadnym nie dostrzegł zajęcia gruczołów.

Co się tyczy leczenia promienicy, to pierwotnie skłaniano się do doszczętnego usunięcia miejsc zajętych, obecnie zaś jest więcej zwolenników leczenia przez nacięcie i wyłyżeczkowanie ogniska. Kol. B. widział kilka przypadków samodzielnego wyleczenia u chorych, którzy się nie chcieli poddać operacyi. Wreszcie kol. B. zastanawia się nad rokowaniem w promienicy. Przypadki promienicy szczęki, twarzy i szyi są korzystne; w promienicy klatki piersiowej rokowanie jest zawsze złe a przypadki promienicy brzusznej również prawie wszystkie giną.

Na interpelacyę kol. Wiczkowskiego, jaką drogą szerzy się promienica, kol. Wehr odpowiada, że obieg limfatyczny jest wykluczony. Zdaniem kol. W. szerzy się promienica tylko albo drogą naczyń krwionośnych albo przez ciągłość (*per continuitatem*). W przypadkach promienicy brzusznej tworzą się tym sposobem drogą naczyń żyły bramnej najczęściej przerzuty w wątrobie, z drugiej strony zaś w skutek zrostów otrzewnowych przez ciągłość powstaje promienica ścian brzusznych. Promienica płuc (pierwotna) powstaje najczęściej w ten sposób, że zarodniki bywają wdechiwane i wywołują zapalenie oskrzeli, okołooskrzelowe, miąższu płuc, zapalenie opłucnej, *peripleuritis* a wreszcie promienicę klatki piersiowej. W innych przypadkach infekcya przejść może na płuca drogą przełyku, wywołując po przebiciu ściany przełyku zapalenie śródpiersia, opłucnej, *peripleuritis* i t. d. Tutaj należy przypadek Israela, w którym po połknięciu zęba nastąpiło przebicie do śródpiersia i do płuc (promienica płuc) i przypadek Soltmanna, w którym wystąpiła przedkręgowa *phlegmone* promienicowa po połknięciu kłosa.

Kol. Kadyi zwraca uwagę na podobieństwo sprawy chorobowej w promienicy do słoniowaciny. Słoniowacina powstaje, jak wykazał Teichmann, skutkiem zatkania naczyń limfatycznych. Należałoby zbadać, czy w promienicy sprawa nie jest analogiczną. W promienicy spostrzegamy również bujanie tkanki łącznej, w której znajdują się tylko bardzo małe ropnie a przerost tkanki łącznej jest tak znaczny, że dawniej oznaczano sprawę chorobową jako *sarcoma*. W każdym razie okoliczność, że promienica nie szerzy się drogą naczyń limfatycznych, przemawiałaby za tem, że w promieniczej tkaninie nie ma naczyń limfatycznych a względnie, że naczynia limfatyczne sąsiedztwa nie są drożne.

Kol. Wehr zwraca uwagę, że przypuszczenie kol. Kadjego przemawia bardzo do przekonania. Może być, że oprócz naczyń limfatycznych także naczynia włosowate bywają zaraz z rozpoczęciem się sprawy chorobowej z przyczyny bujania tkanki łącznej zatkane, skutkiem czego nie mogą powstać przerzuty, które występują dopiero po zajęciu naczynia większego kalibru.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Kwietnia 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie od 18. do 21. Lipca 1894.

Do udziału w tym Zjeździe mamy zaszczyt zaprosić wszystkich polskich uczonych, których to dotyczy a zarazem zawiadomić ich, że oprócz dwóch ogólnych zgromadzeń Zjazdu odbywać się będą posiedzenia sekcyjne. Przedmiotem tych posiedzeń będzie nie tylko podanie do ogólnej wiadomości wyników własnych badań członków Zjazdu, ale także przedstawienie najżywotniejszych spraw, o ile możności z wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej i przyrodniczej a to przez uproszonych do tego lub zgłaszających się referentów.

W razie zamierzonego podania takich komunikatów lub referatów upraszamy o przesłanie ich tytułów pod adresem gospodarza sekcyi najpóźniej do 25. Czerwca 1894.

Zarazem zwracamy uwagę każdego prelegenta, że w pamiętniku Zjazdu mogą być umieszczone tylko streszczenia prac przedstawionych na Zjeździe i tylko wtedy, jeżeli autorowie dostarczą gospodarzowi sekcyi przed rozpoczęciem posiedzenia zupełnie do druku przygotowanego rękopisu.

Gdyby który z prelegentów potrzebował do objaśnienia swego wykładu jakichkolwiek środków pomocniczych

lub miał jakie szczególne życzenia, prosimy o wcześniejsze powiadomienie gospodarza sekcyi celem uwzględnienia, ile możności.

Lwów dnia 14. Marca 1894.

Dr. Józef Merunowicz, *Dr. Emil Habdank Dunikowski*, Przewodniczący Wydziału gospod. Zjazdu.

Dr. Józef Siemiradzki. *Dr. Edward Mukowicz*, Sekretarze Zjazdu.

Gospodarzami sekcyj są:

1. Prof. Dr. Henryk Kadyi (ul. Zielona 15) medycyny teoretycznej.
2. Dr. Wiktor Opolski (ul. Wałowa 13) higieny i medycyny sądowej.
3. Dr. Oskar Widman (ul. Grodzickich 2) medycyny wewnętrznej.
4. Dr. Grzegorz Ziembicki (ul. Trzeciego Maja 5) chirurgii.
5. Dr. Władysław Bylicki (ul. Kościuszki 7) ginekologii i położnictwa.
6. Dr. Emanuel Machek (ul. Wałowa 4) okulistycznej.
7. Prof. Dr. Królikowski (Szkoła Weterynaryi) weterynaryjnej.
8. Dr. Józef Rożański (ul. Kraszewskiego) chorób skórnych i wener.
9. Prof. Pawlewski (gmach Politechniki) i Dr. Jan Rucker (apteka pod srebrnym orłem) chemii i farmacyi.
10. Prof. Oskar Fabian (Uniwersytet) fizyki i matematyki.
11. Prof. Dr. Emil Dunikowski (Uniwersytet) mineralogii, geologii i geografii fizycznej.
12. Prof. Maryan Łomnicki (IV. Gimnazyum) zoologii i anatomii porówn.
13. Prof. Dr. Teofil Ciesielski (Uniwersytet) botaniki.
14. Prof. Dr. Raciborski (Uniwersytet) psychologii.

— Dnia 4. b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem przyjęto jednomyślnie na czynnego członka Dra Szymona Lermera. Następnie kol. Dr. Nowak zdał tymczasowo sprawę ze swych badań nad dyfteryą. W dyskusyi przemawiali koll.: Raczyński, Murdzieński, Kwaśnicki, Ponikło i prelegent; w końcu mówił kol. Wachholz: o zmianach w narządzie oddechowym w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

— Mając ze strony jednego z uczestników przyobiecane zdanie sprawy z odbywającego się co właśnie międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie ograniczamy się tutaj do podania tylko niektórych szczegółów.

Wystawę lekarsko-higieniczną otwarto 28. z. m. w obecności prezydenta ministrów Crispiego; wieczorem tego dnia odbyło się w pałacu wystawy uroczyste przyjęcie członków kongresu.

Na pierwszem posiedzeniu inauguracyjnem przemawiał prócz wymienionych w telegramie w Nrze 13. *Przeglądu Lekarskiego* także książę Ruspoli, jako syndyk imieniem Rzymu. Minister Baccelli przemówił w klasycznej łacinie a po włosku Virchow, na którego wniosek, przyjęty wielkim aplauzem, mianowano komitet przygotowawczy kongresu zarazem komitetem dyrygującym a tem samem ministra prof. Baccellego prezesem kongresu.

Do wieczora 29. Marca było zapisanych członków kongresu 6725, między nimi 961 z Niemiec, 734 z Anglii, 711 z Austro-Węgier, 671 z Francyi. Z innych krajów znacznie mniej. Prócz tego jest 1200 dam. Ostatni międzynarodowy kongres w Berlinie liczył 5526 członków.

— Jak zawsze o tej porze, tak i w bieżącym roku ze zwykłą punktualnością ukazało się temi dniami na widok publiczny 21. zdanie sprawy Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1893. Wyjmujemy z niego następujące szczegóły:

Dzieci (od lat 1—12) przyjęto 971, osesków 249, mamek 107, leczono ambulatoryjnie 4912, zaszczepiono 59, razem przeto było w opiece lekarskiej 6298 osób.

Z roku 1892 zostało w szpitalu 64, przyjęto 971, było więc w leczeniu 1035, z czego wyszło uleczonych 604 (58·36%), z polepszeniem 43 (4·15%), nieuleczonych 56 (5·41%), zmarło 283 (27·34%), pozostało na rok bieżący 49 (4·74%).

W klinice pedyatrycznej największy (110 przypadków) zastęp chorych był z dławcem błoniczym krtani (*laryngitis crouposa diphtheritica*). Z tych 110 chorych zaledwie 15 zdołano wyleczyć środkami wewnętrznymi, u pozostałych 95 dokonano w miarę wskazania intubacyi lub tracheotomii.

Tracheotomij było 29; w trzech przypadkach z powodu wytworzenia się ziarniny w tchawicy zrobiono następową intubacyę ze skutkiem pomyślnym.

Z tracheotomowanych uleczono 6 (20·6%), zmarło 23 (79·4%). Intubacyj było 66, które w 16 przypadkach nie odniosły skutku; w nich zrobiono zatem następową tracheotomią; z dzieci tych jednak ledwo jedno uratowano a 15 zmarło.

Z intubacyą wyleczono 27 (41%), nieuleczono 5 (7%), zmarło 34 (51·5%).

Z nagminnem zapaleniem opon mózgordzeniowych było w klinice 36 dzieci. Pierwsze przypadki pojawiły się w Lutym (4), największa liczba była w Maju (11). Z leczonych przebyło chorobę 22, zmarło 12, pozostało na rok bieżący 2. Z 22 utrzymanych przy życiu połowa (11) tylko opuściła szpital w zadawalniającym stanie zdrowia. Z drugiej połowy troje zabrano podczas choroby, pięcioro wyszło z zupełną prawie utratą słuchu, jedno z rozległemi porażeniami, jedno z upośledzeniem wzroku, jedno wreszcie z widocznemi zboczeniami umysłowemi.

Wydatek dzienny na chorego w szpitalu wyniósł 52 centy. W lecznicy rabczańskiej otwartej od 20. Maja do 2. Października utrzymywano kolejno 78 dzieci. Przybytek dzieci na wadze dochodził nieraz do 5 kilogramów.

— Wojenno-lekarska akademia w Petersburgu wyznaczyła komisyę złożoną z profesorów Popowa (terapeuty), Beliarminowa (okulisty) i Pawłowa (farmakologa) do umiejętnego zbadania działania terapeutycznego rośliny *ephedra vulgaris* w celach leczniczych przez lud powszechnie używanej.

— W celu wzmocnienia nadzoru sanitarnego podzielono sposobem próby Warszawę na trzy obwody sanitarne i mianowano dla nich lekarzami Drów J. Polaka, Janowskiego i Sawczenkę.

— W roku 1893. było według dat urzędowych w Warszawie 690 lekarzy (w tem 314 pozostających w służbie rządowej), 40 weterynarzy, 61 dentystów, 413 felczerów i 72 uczniów, 66 masażystów, 285 akuszerek, 47 aptek. (*Zdrowie. Marzec 1894*).

— **Nekrologia**. Karol Brown-Séquard, znany fizyolog i profesor fizyologii w Paryżu, urodzony w r. 1817. zmarł temi dniami.

Redakcya otrzymała:

A. Ciechomski i M Jakowski: Niezwykle długo trwający odbyt sztuczny. Badania chemiczno-bakteryologiczne nad zawartością kiszek cienkich.

M. Jakowski. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznemi w kiszkach u człowieka. Z pracowni prof. M. Nenckiego w Bernie. (Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*).

M. Jakowski. W kwestyi etyologii zapalenia opłucny. Z pracowni bakteryologicznej szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. (Odbitka z *Gazety lekarskiej* 1892).

M. Jakowski. Beitrag zur Frage über die sogenannten Mischinfektionen der Phthisiker. Untersuchungen des Blutes der Phthisiker in der hektischen Periode. (Odbitka z *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*).

M. Jakowski. K izsledowaniam nad chimiczeskam processam w kiszkach u czełowieka. Contributions a l'étude des processus chimiques dans les intestins de l'homme. (Odbitka z *Archiwu Biologiczeskich Nauk*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Andrzej Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana. — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 1—29 11

»Saxlehnera wody gorzkiej«.



Liebego wino sagradowe naśladuje się z użyciem nazwy Wina sagradowego dlatego należy przepisywać z dodatkiem Liebe. 9-11-3

Vinum sagradae genuinum „Liebe":

Ekstrakt płynny z Cascara sagrada przyjemnego smaku 1·15 c. g. o 42% substancyj wyciągowych (1 sz. c. = 1 g. kory) zwiększa bez trudności i bez przykrych następstw ruch robaczkowy przyczem następują prawidłowe, papkowate stolce, rzadziej płynne; reguluje na długo trawienie, jest trwałym, może być używany przez czas dłuższy. Flaszki po 210, 350 i 800 gr. Do nabycia w aptekach.

KEFIR.

Pastylki Tamaryndowe pudełko 60 ct. pół pudełka 35 ct.					
„ Nitroglycerynowe	zawartość	0·001	pudełko	50	ct.
Ocukrzone pigułki Kreosotowe	„	0·05	„	65	„
„ „ z bromkiem kamfory	„	0·05	„	75	„
„ „ z gwajakolem	„	0·05	„	1	złr. —
„ perełki z arsenianem sodowym	„	0·001	słoik	40	ct.
„ „ z azotanem strychniny	„	0·001	„	50	„

Przestwory te polecone uchwałami Świetnego Tow. lek.

wyrabia

F. SOBIERAJSKI

Apteka „pod Słońcem" Rynek główny w Krakowie.

Pigułki lub perełki ocukrzone z innymi środkami leczniczymi, barwione biało, różowo, czerwono, żółto, bronzowo, zielono i t. p. (barwiki roślinne zupełnie nieszkodliwe) z dodaniem zapachów: wanilii, kwiatu pomarańczowego, róży, fiołków, goździków lub owoców jak ananasu, malin, poziomek i t. p. — mogę sporządzić na życzenie WWW. PP. Lekarzy w dokładnem dawkowaniu, lecz nie w mniejszej ilości jak 2000 sztuk. 81—20—5

Dr. GUSTAW TOEPFER

praktykuje w sezonie bieżącym

od 15. Maja b. r.

w KARLSBADZIE

Mühlbadgasse Schwarzes Ross. 85—10—2

JAWORZE na Śląsku austr. (Ernsdorf).

Zakład wodoleczniczy i żętyczny. Sezon od Maja do końca Września. Nowo urządzony Pensyonat leczniczy otwarty cały rok. — Stacya kolei, poczta i telegraf w miejscu.

88—16—1 *Dr. Edmund Kowalski.*

Proszę zwrócić uwagę.

Perlae et Capsulae medicinales „Hygea"

CUM KREOSOTO CARBONICO (Heyden)

Pudełko 100 perełek	po	0·20	2 złr.	50	ct.
„ 100 „	„	0·30	3 „	—	„
„ 100 kapsułek	„	0·50	4 „	—	„
„ 12 „	„	1·0	1 „	—	„
„ 6 „	„	2·0	1 „	—	„
„ 100 „	„	2·0	14 „	—	„
„ 100 „ miękkich	po	1·00	7 złr.		

te ostatnie robię tylko na zamówienie.

UWAGA. Podawanie *kreos. carb.* w kapsułkach nie wypada drożej jak w jakiejkolwiek innej formie.

Kreosoti carbonici 0·10 Morrhuoli 0·20

pudełko 100 kapsułek 2 złr. 80 ct.

W innym stósunku i w dowolnych dawkach jak najtaniej

Kapsułki: Kreosot. carbon. et Ol. Jecoris pojemności 0·5, 1·0, 2·0, 3·0 i 4·0, w dowolnym stósunku tylko na zamówienie. 61—x—6

Główny skład dla Krakowa w aptece p. Sobierajskiego.

Część zysku na budowę Domu akademickiego.

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium „Hygea"

Maryana Zahradnika w Złoczowie.

Dr. Aleks. Ostrowicz

ordynuje jak w latach poprzednich 58—21—13

w lecie w Landek, Villa Ostrowicz, w zimie w San Remo Via Roma.

DIURETIN-KNOLL

Znakomity środek moczopędny,

zalecony przez prof. Schrödera (Heidelb.) i prof. Grama (Kopenh.).

Wskazany w puchlinie z powodu chorób serca i nerek, skuteczny nawet w przypadkach, gdzie digitalis i strophantus bez wpływu. Przewyższa kalomel zupełną nieszkodliwością.

Z najlepszym skutkiem stosują go:

Dr. A. Hoffmann (klin. prof. Erba w Heidelb.),
Dr. Koritschoner (kl. prof. Schröttera w Wiedniu),
Dr. Pfeiffer (kl. prof. Draschego w Wiedniu),
Dr. E. Frank (klin. prof. Jakscha w Pradze) i w. i.

CODEIN-KNOLL

Łagodne narcoticum Brak przyzwyczaj.

Najlepszy środek zastępujący morfinę. Znakomicie działa przeciw kaszlowi, niezbędny dla suchotników. Zalecany w leczeniu zatrucia morfinowego. Dawka trzykrotna morfiny.

Broszury na usługi. 2—8—6

Knoll et Co., Chem. Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

SOLANKA LUHACZOWICE
na Morawie

Alkaliczno solne, jod, brom, lit i żelazo zawierające zdroje lecznicze kąpiele i wziewania.

Mleko prosto od krowy, żętyca i zakład wodoleczniczy.

1 godzina od stacyi kolejowej Aujezd-Luhaczowice.
Połączenie z każdym pociągiem. 89—3—1

Początek pory zdrojowej 15. Maja 1894.

Wygodne mieszkania, stała muzyka zdrojowa, Towarzystwo za baw, 2 praktykujących lekarzy, apteka publiczna. — Prospekty bezpłatnie. — Zamówienia na mieszkania przyjmuje **Inspekcya zdrojowa hr. Serenyiego.** Zamówienia na wody mineralne **Dyrekcya rozsełki wód w Luhaczewicach.** Stacya poczt. i telegraficzna.

PREBLAUER
ŹRÓDŁO PREBLOWSKIE, najczystsza alkal. szczawa alpejska o znakomitem działaniu w nieżytach przewl., szczególnie dyat. mocz., nieżycie chron. pęch., kam. pęch, nerk. i chor. Brigthla. Dzięki składowi i smakowi — zarazem najlepszy napój dyetet. i orzeźwiający. **Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau.** Poczta St. Leonhard (Karyntya). 33—26—5

ZAKOPANE.

Zakład wodoleczniczy na Klemensówce w **Zakopanem** istniejący od lat 15-tu, z każdym prawie rokiem powiększa liczbę ubikacyj i uzupełnia urządzenia, jak tego wymaga postęp nauki higieny i terapii i wzgląd na wygody gości kuracyjnych. Wody źródlanej dostarcza obficie własny wodociąg Klemensówki. Umeblowanie pokoi przyzwoite, łóżka z materacami i sprężynami, kuchnia w własnym zarządzie odpowiada wszelkim wymogom. Środki lecznicze: hydroterapia, gimnastyka lecznicza z ortopedyą, miesienie i zawieszanie, elektroterapia i hipnoza.

Ceny za kąpiele, stół i mieszkanie razem od 3—5 złr. dziennie od osoby wedle wyboru pokoju. Do 15. Czerwca o 10% niższe.

Zakład ten z całym inwentarzem jest z wolnej ręki do sprzedania lub wydzierżawienia.

Dr. Wenanty Piasecki,
91—3—1 właściciel i kierujący lekarz Zakładem.

Fabryka przetworów leczniczo-farmaceutycznych i droguerya

M. L. Dobrowolskiego
72—50—12

w Nowej Wsi przy Krakowie, poczta Łobzów

poleca z pomiędzy licznych swych wyrobów:

Pilulae kreosoti Aesculap. po 0·05 i 0·025 kreozotu; pierwszych pudełko zawierające 100 pigułek kosztuje 70 ct. drugich 60 ct. — **Pilulae guajacoli 0·05 Aesculap.** 100 pigułek 1 złr. — **Pilulae guajacoli 0·025 Aesculap** setka 90 ct. — **Pilulae Blandi Aesculap i Pilulae ferri carbonici Aesculap** 100 jednych lub drugich 60 ct.

Podane pigułki są starannie ocukrzone, jako takie bezwonne, słodkie przy połykaniu.

Hurtownie do nabycia w fabryce, częściowo we wszystkich aptekach, zapisując:

„Pilulae Aesculap" fabric. Dobrowolski.

Sanatoryum i Zakład wodoleczniczy
w ZUCKMANTEL
na Szląsku austryackim.

Hidroterapia. Gimnastyka lecznicza. Masaż. Elektroterapia. Kąpiele elektryczne dwukomórkowe. Leczenie dyetetyczne i terenowe. Znakomite powietrze górskie i leśne. Nowo zbudowany, z komfortem urządzony dom mieszkalny z centralnem ogrzewaniem parą.

Ceny umiarkowane. Prospekty darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący
Dr. Ludwik Schweinburg,
90—10—1 długoletni pierwszy asystent Prof. Winternitza w Wiedniu i w Kaltenleutgeben.

Kąpiele borowinowe w domu.



Jedyny środek **zastępujący naturalne** KĄPIELE **borowinowe mineralne** w domu **i o każdej porze roku.**

Mattoniego sól borowinowa	**Mattoniego ług borowinowy**
53 (suchy wyciąg)	(wyciąg płynny)
w skrzyneczkach po 1 kgr.	w flaszkach po 2 kgr.

Henryk Mattoni Francensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

C.  K.

ZAKŁAD KROWIANKOWY
w Wiedniu, VIII., Laudongasse 12.

rozsyła codziennie krowiankę urzędownie wypróbowaną składu wybornego po cenach następujących:

Ilość	dla osób	koron	
0·05 grm	5	0·60	
0·10 „	10	1	92—3—1
0·50 „	50	4·50	
1·00 „	100	8	

Przy odbiorze ponad 20 grm. oblicza się gram po 6 koron.

Pillul. Kreosoti à 0·05
Pillul. Kreosoti à 0·025
Pillul. Guajacoli à 0·05
Pillul. Kreosoti 0·02 i Acid. arsenicosi 0·0005 przepisu prof. Dra Korczyńskiego.
Granulae Natr. arsenicos. à 0·001.

W. Bełdowskiego

Wyroby te znane już i cieszące się ogólnem zaufaniem P. P. Lekarzy, gdyż swą rozpuszczalnością przewyższają wszystkie dotychczas znane wyroby tego rodzaju

poleca 55—52—12

Władysław Bełdowski, magister farmacyi.

Na składzie utrzymują wszystkie apteki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.